

Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Direction régionale de la santé à la
Région Guelmim Ouad noun
Institut supérieur des professions
Infirmières & Techniques de santé
D'Agadir
Annexe de Guelmim



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المديرية الجهوية للصحة
لجهة كلميم واد نون
المعهد العالي للمهن التمريضية
و تقنيات الصحة باكادير
ملحقة كلميم

La pratique de l'éducation en matière de l'hygiène de vie chez les patients ayant l'hypertension artérielle, cas des centres de santé urbains Amhairich, Rajafelah, Tayert à Guelmim .

Mémoire présenté pour l'obtention du cycle de la licence

Section : infirmier polyvalent

Niveau : semestre 6

Promotion : 2014/2017

Elaboré par :

- Mlle Bouchra Echarafi
- Mlle Chaima Elbougha

Encadré par :

M. Ahmed Ouaamr
chef de l'unité pédagogique
A l'ISPITS Guelmim

Membres du jury :

M. Ahmed Ouaamr
Le président du jury
Mlle Akzal Aicha
Enseignante permanente au niveau de
L'ISPITS de Guelmim
M. Amhout Aziz
Enseignant vacataire

Année universitaire :

2016 /2017

Dédicace

Nous dédions ce travail de fin d'étude à :

Nos parents

Qui ont toujours été à nos côtés au long de nos études et qui nous ont donné un magnifique modèle de labeur et de persévérance. J'espère qu'ils trouveront dans ce travail toutes nos reconnaissances. Merci pour tous vos amours et votre confiance,

Nos frères et sœurs

Qui nous ont encouragé dans nos moments les plus difficiles et qui ne cessent pas de nous moraliser pour faire notre mieux au cours de notre parcours scolaire, qu'ils retrouvent ici toute notre reconnaissance.

Nos collègues,

Merci pour vos encouragements et vos soutiens durant la période de formation.

REMERCIEMENTS :

Nous exprimons nos remerciements et notre profonde reconnaissance à notre encadrant M. Ouaamr Ahmed pour sa disponibilité, ses conseils et ses suggestions qu'il nous a prodigués au cours de l'élaboration de ce travail.

Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères au Directeur M. Zabila Elmokhtar ainsi que tous les administrateurs et les enseignants d'ISPITS Guelmim pour leur disponibilité, leur aide précieuse et leur encouragement.

Nous présentons aussi nos remerciements aux membres du jury d'avoir accepté de juger ce travail. C'est avec un grand plaisir que nous recevrons vos remarques dans le but d'améliorer ce travail.

Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude et reconnaissance à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

RESUME :

Cette étude est réalisée dans le but de décrire les facteurs liés à la pratique de l'éducation en matière de l'hygiène de vie (EHV) pour les patients ayant l'hypertension artérielle (HTA) au niveau des centres de santé urbains (CSU) Amhairich, Rjafellah et Tayert.

Pour cela, les auteurs de ce travail effectuent une étude descriptive mixte, tout en faisant appel à deux instruments de collecte des données (questionnaire et l'entrevue)..., et prenant en considération des principaux éléments qui figurent dans le cadre de référence de l'étude. A la base d'un échantillon de 12 soignants (infirmiers et médecins) et 26 patients ayant l'HTA, un questionnaire est distribué et des entrevues sont réalisées.

Les résultats obtenus, décrivent les facteurs éventuels qui peuvent empêcher la pratique de l'EHV des patients ayant l'HTA. D'après l'analyse des résultats, les auteurs ont conclu qu'il y a une correspondance et une ressemblance avec les éléments illustrés dans la recension des écrits tels que les facteurs liés au personnel soignant (Formation des professionnels, Travail d'équipe et la charge du travail), liés au patient (La perception, la communication, la compréhension et l'acceptation de la maladie) et les facteurs organisationnels (suivi et évaluation et ressources financières).

A l'aide de ces données, des recommandations ont été proposées dans le but d'améliorer la pratique de l'EHV chez les patients ayant l'HTA au niveau des CSU Amhairich, Rjafellah et Tayert.

TABLE DE MATIERE:

DEDICACE	I
REMERCIEMENT	II
RESUME.....	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VI
LISTE DES ANNEXES.....	VII
LISTE DES ABREVIATIONS	VIII
INTRODUCTION	1
PARTIE I : PHASE CONCEPTUELLE.....	3
Enoncé du problème	4
La recension des écrits	9
Cadre de référence	13
Le but de l'étude	14
Question de recherche :	14
PARTIE II : PHASE METHODOLOGIQUE	15
DEFINITION OPERATIONNELLE DES CONCEPTS	16
DEVIS DE RECHERCHE	18
1. Type d'étude :	18
2. Lieu de l'étude :	18
3. Population à l'étude	19
4. Méthode d'échantillonnage :	19
5. Méthodes de collecte des données	20
6. Déroulement de collecte des données :	21
7. Méthode d'analyse des données :	21
8. Considérations éthiques	21
PARTIE III : PHASE EMPIRIQUE.....	22
PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE.....	23

DISCUSSION DES RESULTATS	32
DESCRIPTION DES FORCES ET DES LIMITES	36
1- Les forces de l'étude :	36
2- Les Limites de L'étude:	36
RECOMMANDATIONS	37
CONCLUSION	38
LES REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
LES ANNEXES	

LISTE DES ANNEXES:

Annexe N°1 : Enquête préliminaire

Annexe N°2 : Questionnaire destiné au personnel soignant

Annexe N°3 : Entrevue destinée aux patients ayant l'HTA

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

1. Les tableaux

Tableau 1 : les caractéristiques des participants aux entrevues

Tableau 2 : les caractéristiques des participants au questionnaire

2. Les figures

Figure 1: La formation continue

Figure 2: Temps des soins

Figure 3: Travail d'équipe

Figure 4: Suivi et évaluation

Figure 5: l'influence du suivi et de l'évaluation

Figure 6: les dépenses particulières

LISTE DES ABREVIATIONS:

<i>CS</i>	: Centre de Santé
<i>CSU</i>	: Centre de Santé Urbain
<i>E</i>	: Entrevue
<i>EHV</i>	: Education en matière de l'hygiène de vie
<i>HAS</i>	: Haute autorité de santé
<i>HCSP</i>	: Haut conseil de santé publique
<i>HTA</i>	: Hypertension artérielle
<i>HV</i>	: Hygiène de vie
<i>ISPITS</i>	: Institut supérieur des professions infirmières et techniques de santé
<i>MC</i>	: Maladie chronique
<i>MS</i>	: Ministère de la santé
<i>OMS</i>	: Organisation mondiale de la santé
<i>PA</i>	: Pression artérielle
<i>PEC</i>	: Prise en charge
<i>PF</i>	: Planification familiale
<i>PS</i>	: Personnel soignant
<i>SMI</i>	: Santé maternelle et infantile

INTRODUCTION :

Les maladies cardiovasculaires notamment l'HTA nécessitent une prise en charge (PEC) multidisciplinaire, globale et particulière afin de prévenir les complications qui peuvent manifester suite à cette maladie. Alors il est indispensable de mettre en place un ensemble des mesures préventives à la disposition de chaque patient atteint de l'HTA à travers l'éducation pour la santé plus précisément l'EHV vue que cette affection survient suite à l'adoption d'un mode de vie spécifique tel que le stress, tabac, alcool, les habitudes alimentaires... etc, comme Postel. N et Guillaume. B indiquent dans une fiche technique sur l'HTA « La pression artérielle(PA) varie en fonction des activités de la vie quotidienne. Elle est étonnamment variable, parfois d'une minute à l'autre : elle s'élève lors d'un effort, d'une activité physique ou intellectuelle, d'un sport, d'un rapport sexuel ou sous l'effet d'une émotion » (Postel. N .V et Guillaume. B, 2006).

Pour cette raison ces patients ont besoin d'être sensibilisé et éduqué dans ce sens pour mieux comprendre leur maladie, être un acteur actif dans la PEC par la participation à la mise en place des mesures préventives et à la prise des décisions qu'ont en relation avec leur état de santé avec une autonomie et indépendance afin de préserver la qualité de leur vie et réduire l'incidence des complications liées à l'HTA. Cela est confirmé par Mach. F et Vogt. P, (2008) qui déclarent que l'éducation du patient a pour but d'aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie, d'améliorer la coopération avec les soignants, de vivre plus sainement et de maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Ainsi, l'éducation agissant sur plusieurs dimensions personnelles qui influencent le comportement du patient. Elle est initialement développée pour les patients diabétiques, a déjà fait ses preuves en cardiologie, avec une réduction significative de la mortalité et du taux de ré-hospitalisations (Mach. F et Vogt. P, 2008). Dans le même cadre l'éducation permet de devenir un acteur dans le processus de soins. Etre acteur signifie pour le patient d'agir pour atteindre un équilibre en matière de santé (Pilardeau. C, 2015).

Il est à rappeler que le suivi d'un patient ayant une maladie chronique (MC) quel que soit cette maladie repose principalement sur l'éducation pour la santé qui est une partie intégrante

de la PEC, pour cela le personnel soignant doit accompagner le patient et l'aider à enrichir ou maintenir ses capacités, pour contrôler au mieux sa vie avec une MC. Cet accompagnement doit baser d'une façon permanente sur l'EHV. Celle-ci a pour but d'aider le patient à comprendre sa maladie et à améliorer sa qualité de vie en premier temps et celle de sa famille et son entourage en deuxième temps, tous en assumant ses responsabilités dans leur propre PEC.

Pour cette raison les réalisateurs de ce travail trouvent essentiel la mise en place d'une étude qui s'intéresse aux facteurs liés à la pratique de l'EHV des patients ayant l'HTA au niveau des CSU.

Comme méthode de travail, les membres de groupe ont divisé ce travail en trois grandes parties : la première partie s'intéresse à la problématique et à la recension des écrits en rapport avec la thématique traitée dans cette étude, la deuxième partie est consacrée à la méthodologie du travail qui détermine le plan que les étudiants ont suivre afin de réaliser ce travail, et la dernière traite la présentation et la synthèse des résultats recueillis auprès des participants et aux recommandations qui peuvent aider à améliorer l'EHV chez les patients ayant l'HTA.

Partie I :
LA PHASE CONCEPTUELLE

ENONCE DU PROBLEME:

Les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de mortalité dans le monde, en effet l'ampleur de ces maladies n'est plus à démontrer, comme indique l'organisation mondiale de la santé (OMS) dans son rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles (OMS, 2008). Pourtant, la prévention de ces maladies est un réel enjeu car en dehors de l'hérédité, du sexe et de l'âge, les facteurs de risques liés aux maladies cardio-vasculaires sont connus et peuvent être maîtrisés (OMS, n.d). L'HTA est l'un des principaux déterminants de ces maladies cardiovasculaires. Elle constitue un problème majeur de santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement (ministère de la santé du Maroc (MS), 2013).

Comme définition, l'HTA est une maladie qui correspond à l'augmentation anormale de la pression du sang sur la paroi des artères, il demeure encore aujourd'hui un facteur de risque majeur dans le développement de plusieurs complications dont entre autres: a) la coronaropathie; b) les accidents vasculaires cérébraux; c) la maladie artérielle périphérique et d) l'insuffisance rénale. Les plus récentes statistiques démontrent que la prévalence de l'HTA n'a pas diminuée au cours des 20 dernières années (Cloutier. L et Poirier. L, 2011).

D'une manière générale on peut dire que les complications liées à l'HTA, surviennent en absence d'éducation générale englobant l'application des mesures thérapeutiques et d'autres mesures préventives, telles que le suivi d'une hygiène de vie (HV) adéquate qui convient de la situation générale de chaque client, d'où l'intérêt d'une PEC efficace en matière des habitudes de vie afin d'améliorer les résultats et réduire le risque de l'apparition des complications dues à l'HTA (Margot Ph neuf, 2005). Dans le même sens l'éducation pour la santé constitue un outil essentiel à la prévention de la maladie et à l'amélioration de l'état de santé du patient, dans le but de lui assurer une bonne qualité de vie (Ajar. D et All, 2000).

Le coût de cette PEC en pratique de santé publique est très élevé, vue l'augmentation de la prévalence de l'HTA cela rend essentiel une PEC diagnostique et thérapeutique optimisée et des mesures de prévention par la lutte contre les facteurs de risque de la maladie (MS, 2013).

Alors, selon Mounir. N (2013) plus d'un quart de la population mondiale adulte 26.4% souffre d'HTA dont 40% dans les pays occidentaux et 60% dans les pays en voie de développement. Le nombre des adultes hypertendus devrait augmenter de 60% pour atteindre un total de 1.56 milliard d'habitants en 2025. En 2014, 17,7 % (5,3 millions) des Canadiens de 12 ans et plus déclarent avoir reçu un diagnostic d'HTA, cela ne représente pas un changement significatif par rapport à 2013, même si la proportion est en hausse depuis 2001, l'année où elle avait atteint 12,6 % (anonyme, 2015). En France le nombre de personnes souffrant d'HTA est estimé entre 15 et 16 millions (Loret-Vanhoutte.E, 2013), dans la région africaine 20 millions de personnes seraient affectées, son taux de prévalence estimé varie également selon les pays : 15% pour l'Algérie, 30 pour l'Ile Maurice et Seychelles, 20-35% pour le Gabon, 9.5 pour la Gambie(2006), (Dolumbia, 2006).

Egalement au Maroc, l'HTA constitue l'un des principaux motifs de consultation dans les services sanitaires ambulatoires, sa prévalence est de 25 à 40 % selon la population considérée. Les résultats de l'enquête prospective réalisé en 2000 par le MS ont donné une prévalence globale de l'HTA de 33,6% chez la population de plus de 20 ans, on retrouve à peu près le même taux dans les pays arabes et du pourtour de la Méditerranée, cette prévalence augmente significativement avec l'âge, elle est de 53,8% chez les personnes âgées de plus de 40 ans et de 72,2% chez les 65 ans et plus (MS, 2013).

Dans le même sens, au niveau de la province de Guelmim 1,57 % de la population souffrent de l'HTA, cette prévalence est répartie comme suit: a) 1,33% moins de 19 ans, b) 10,16% entre 20 et 39 ans, c) 43,78% entre 40 et 59 ans et d) 44,71% plus de 60 ans; 60,78 % entre eux sont des femmes par contre 39,21% sont des hommes (délégation de ministère de la santé Guelmim, 2015).

Afin de réduire la prévalence de cette maladie il faut une PEC qui se base sur une communication active entre le personnel de la santé et le client à partir du recueil des données nécessaires concernant le patient (le niveau socio-économique, le niveau culturel etc....) et sa maladie, l'analyse et l'interprétation. Les résultats obtenus par ces données aident le soignant à reformuler une démarche adéquate qui peut être pratiqué sur le terrain pour avoir des

résultats satisfaisantes, cette communication doit prendre en considération deux piliers indispensables: l'éducation thérapeutique et l'EHV. À plus forte raison, ces piliers ne doivent pas être généralisés sur tous les patients, aussi ils doivent suivre un ensemble des étapes enchaînées et organisées qui dépendent de chaque client, c'est l'enseignement à la clientèle. Il s'agit d'un processus éducatif partagé entre l'infirmier et la personne dont elle prend soin. Dans certains cas, il s'étend aussi à sa famille. Il implique un type de communication particulier appelé communication pédagogique qui a pour but d'augmenter, d'approfondir ou de vérifier les connaissances de la personne concernant sa santé et son traitement. (Margot Ph neuf, 2005).

Dans le même sens l'EHV agit sur trois dimensions, premièrement elle cible directement le patient, elle lui permet non seulement la transmission des connaissances, mais aussi, elle lui redonne un certain pouvoir sur sa situation de santé, de diminuer ses craintes et son anxiété face à l'évolution de la maladie et à ses soins. L'enseignement au patient présente également comme corollaire intéressant de rendre en même temps le malade conscient de ses capacités d'autonomie, de lui fournir des moyens de gérer adéquatement ses difficultés et son traitement, de prévenir des complications éventuelles, mais aussi de respecter ses limites ou de les repousser, selon la nécessité (Margot Ph neuf, 2005), également devient partenaire des soignants dans la PEC de sa maladie au quotidien, il acquies des compétences pour s'impliquer dans la gestion de son traitement, deuxièmement le soignant qui fait l'expérience d'une nouvelle relation d'adulte à adulte avec le patient. Expert à l'écoute du patient, il l'accompagne dans cette PEC au long cours, dernièrement sur la société, l'EHV permet des économies de santé via la réduction de fréquence et de durée des hospitalisations, ou la réduction de la fréquence des amputations à travers la prévention de l'apparition des complications (Sylvie. L, 2008).

En effet l'éducation à la santé n'est pas abordée de la même manière selon les pays. En Finlande par exemple, il s'agit d'une discipline scolaire inscrite au curriculum. En France ou au Portugal, elle est enseignée de manière transversale et rangée dans l'éducation associée à la citoyenneté ou au développement personnel. Au Québec, l'éducation à la santé est considérée comme une matière scolaire mais également transversale, associée le plus souvent à

l'éducation physique et sportive. Les pays anglo-saxons ont généralement validé dans les curriculums une démarche de promotion de la santé et de développement des compétences individuelles. L'approche française est ancrée dans une perspective d'apprentissage de l'autonomie et de la vie en communauté « le bien-vivre ensemble à l'école » et inclut une dimension physiologique ainsi que le respect de soi et des autres personnes. On est loin encore de la transmission de principes de comportements normatifs et de la modification des comportements en matière de santé (Bizzoni, Prévieux et al., 2010).

Par ailleurs des études confirment que la diminution de PA obtenue par la modification des habitudes de vie est souvent équivalente à celle produite par une monothérapie médicamenteuse c'est-à-dire une diminution de 4 à 8 %. Parce que le degré de réduction de la pression augmente généralement avec la valeur de la pression au départ, cette réduction de 4 à 8 % peut se traduire par une diminution de PA systolique de 5 à 13 mm Hg et de pression artérielle diastolique de 3 à 8 mm Hg chez les patients ayant l'HTA (Cloutier et Poirier, 2011). De même, une étude de Lippincott et coll (2008) démontre une réduction significative de la tension artérielle diastolique chez les travailleurs sédentaires si on augmente l'activité physique au travail de 15 à 20 minutes par jour (Chamberland.L, 2011).

En conséquence, l'absence d'éducation des patients ou bien une mauvaise application de celle-ci engendre par la suite de lourdes conséquences socio-économiques reflétées par des effets délétères pour le patient comme pour la collectivité. En raison de sa chronicité, de la gravité de ses complications et des moyens qui doivent être mis en œuvre pour les combattre, OMS (cité dans mémoire d'Ahadad.H, Laabd.R et Ouarouch.C ,2015).

Dans le but d'explorer le processus de l'EHV au niveau des CSU Amhairich, Rajafelah et Tayert qui sont le premier point de contact entre l'infirmier et le patient via ce contact il peut suivre l'état de santé de chaque patient et l'orienter vers la PEC qui lui convient. Une observation non formelle était réalisée, il est constaté que le personnel responsable de la gestion des maladies chroniques et plus précisément l'HTA ne pratiquaient pas une éducation à la santé des hypertendus qu'est bien structurée, organisée selon les normes standards internationaux, ainsi que l'absence des séances éducatives des groupes par contre ils les remplacent par des séances individuelles portant seulement le côté thérapeutique et négligent

l'EHV. Dans le même cadre un enquête préliminaire est élaboré avec un groupe de 12 patients suivis: 12/12 de ces patients confirment que le personnel exerçant se limite à remplir les cahiers des patients et ils se contentent par la distribution du traitement et la prise de la tension artérielle seulement et 7/12 déclarent que l'infirmier se limite par des conseils relatifs au régime alimentaire.

Vue l'importance de l'éducation des patients en matière de HV et à partir des résultats obtenus, il est indispensable d'effectua une étude descriptive afin de déduire les facteurs influençant l'application de l'EHV chez les patients ayant l'HTA au niveau des CSU concernés. En agissant sur ces facteurs par: L'introduction de l'enseignement de l'éducation en formation initiale de tous les professionnels de santé sera un préalable indispensable pour qu'ils incitent davantage les patients à s'inscrire dans cette démarche, la formation continue doit être développée en respectant les préconisations de l'OMS. Elle devra comporter une sensibilisation destinée à tous les professionnels de santé concernés, une formation pour les professionnels souhaitant concevoir et/ou animer des programmes d'éducation et une formation approfondie pour les professionnels coordonnant les programmes ou assurant la formation des professionnels (Jacquat, 2010).

RECENSION DES ECRITS:

La recension des écrits va entamer quatre voies principales : la première voie concernant les principes généraux de l'HV, deuxième voie c'est les critères de qualité de l'éducation, la troisième voie c'est les étapes de l'EHV et le dernier comportera les facteurs qui influencent la pratique de cette éducation.

Premièrement l'HV comme toute discipline se base sur un ensemble des principes dont Magnan. M les résume en deux mots: harmonie et pas d'excès. Le premier principe de l'harmonie est applicable dans tous les domaines de l'existence: harmonie physique et psychique, mais aussi sentimentale, relationnelle, alimentaire, sportive, musculaire...Le deuxième principe est celui de l'absence d'excès: boire, mais pas trop, manger, mais pas trop, faire du sport, mais pas trop, etc... (Santé assistance, 2013).

Alors pour que le client soit conscient des principes de l'HV concernant sa maladie, l'infirmier chargé de la PEC des patients ayant l'HTA doit suivre un processus éducatif de qualité a) qui se centre sur le patient, élabore avec lui, et implique autant que possible les proches et intègre à sa vie quotidienne; b) doit aussi précéder d'une évaluation des besoins et de l'environnement du patient: diagnostic éducatif; c) réalise par des professionnels de santé formés à la démarche dans un contexte habituellement multi professionnel, interdisciplinaire ainsi que fait partie intégrante de la PEC de la maladie; d) être scientifiquement fondée et enrichie par les retours d'expérience des patients et des proches; e) bien définie en termes d'activités, de contenu et organisée dans le temps; f) réalisée par divers moyens éducatifs; j) être accessible à différents publics et s'adapter au profil éducatif et culturel de chaque patient finalement; h) doit faire l'objet d'une évaluation individuelle et du déroulement du programme (Haute autorité de santé (HAS), nd).

D'abord, afin que les séances éducatives soient efficace et atteindre le maximum possible des objectifs souhaités il faut suivre un ensemble des étapes qui sont enchainées et bien organisées, selon Dermateau. M, la démarche de l'EHV se base sur l'ensemble des axes suivants: en premier lieu l'analyse de la situation qui va donner une idée personnelle sur un

problème et une situation de santé reconnue ou suspectée, il peut y avoir une demande d'un public ou d'une institution ou même encore un document, un programme mis à la disposition, puis préparer le projet, posséder les matériaux de base et la situation reconnue et décrite. Il est temps maintenant de trier, de faire des choix et de tracer les grandes lignes de cette action, également planifié le programme dans ces étapes les buts sont choisis et précisés. Par quel chemin les atteindre ? Et avec quelles ressources? Réaliser le programme, ensuite évaluer le programme qui consiste à porter un jugement à partir d'une comparaison entre les informations et les points de référence et qui doit comporter idéalement quatre éléments: un point de référence, un jugement, une information et une comparaison; Enfin, transformer le projet (Une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé, 1991).

D'une autre partie le guide méthodologique propose une démarche éducative en quatre étapes la réalisation de cette démarche se débute par l'élaboration d'un diagnostic éducatif qu'est indispensable à la connaissance du patient, à l'identification de ses besoins et attentes et à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser. En suite définir un programme personnalisé d'éducation il s'agit de formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser au regard de son projet. Puis planifier et mettre en œuvre les séances éducatives collectives et/ou individuelles, l'objectif est de proposer selon les besoins et les préférences du patient, une planification des séances d'éducation. Finalement réaliser une évaluation individuelle qui permet de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir afin de lui proposer une nouvelle offre d'éducation du patient qui tienne compte des résultats de cette évaluation et de l'évolution de la maladie (HAS, nd).

En effet, la réussite de la séance éducative consiste à suivre une approche multidisciplinaire, chaque intervenant tient un rôle précis et assure les tâches spécifiques à sa discipline et à sa spécialité et qui sont guidées par des objectifs fixés et communs, l'atteinte de ces objectifs repose sur l'efficacité de la collaboration et le partage de l'information entre les membres du groupe soignant (réseau multidisciplinaire, 2012). Et sur la base des étapes de la démarche d'éducation le groupe soignant tient en compte tous les besoins d'un patient, ces connaissances, ces croyances, ces raisonnements intimes, son vécu émotionnel et de son auto-

perception qu'il a de lui et de sa maladie afin d'améliorer sa qualité de vie (Golay, Lagger et Giordan. nd).

Malgré tous les efforts et les essais des intervenants pour atteindre les objectifs fixés et avoir des séances éducatives efficaces il y a des facteurs qui entravent la réalisation de ces séances, ces facteurs peuvent être liés soit au patient ou bien au personnel soignant (Lacroix, 1996).

Concernant ceux qui sont en relation avec le patient, les perceptions que les patients ont à propos de leur maladie et de leur état de santé, influencent directement la manière dont ils vont prendre en charge leur situation (Lacroix, 1996), de sa côté on trouve que la communication et la compréhension fait aussi une barrière face à une éducation efficace qui repose principalement sur la communication et la bonne transmission des messages éducatifs Celle-ci peut être compromise lorsqu'il existe une barrière au niveau de la compréhension des mots. Or, la traduction d'un message éducationnel représente une entreprise d'autant plus difficile que le message va au-delà des mots. Cette difficulté existe d'ailleurs même lorsque le patient parle la langue de l'équipe soignante, du fait de l'utilisation fréquente de jargons médicaux (Claude. J, Pierre. C, Gérard .R, Arnaud. B, Eric. B, 2013). Il est important que le soignant invite le patient à exprimer sa perception et sa conception pour lui faciliter le décodage et la compréhension des messages éducatifs (Sylvie 2008), Les représentations qu'a le patient vis-à-vis à sa maladie peuvent avoir une influence sur l'acceptation de cette maladie. En effet, à cause de ces représentations l'acceptation de la maladie devient un long processus semblable au modèle de deuil proposé par Freud (Vallier, 2010)

En ce qui concerne les facteurs ayant relation avec le personnel soignant, l'OMS annonce dans son rapport sur l'éducation que: a) le manque de soignants formés en éducation du patient constitue l'obstacle principal, la plupart n'ont pas d'expérience dans ce domaine; b) l'éducation du patient nécessite un bon fonctionnement d'équipes de soignants. En pratique, il n'existe généralement pas de travail d'équipe. Les infirmiers, les médecins, les kinésithérapeutes et les autres travaillent en même temps mais ne partagent pas toujours les mêmes valeurs quant à la PEC ou l'éducation des patients. Trop souvent, les spécialistes ne

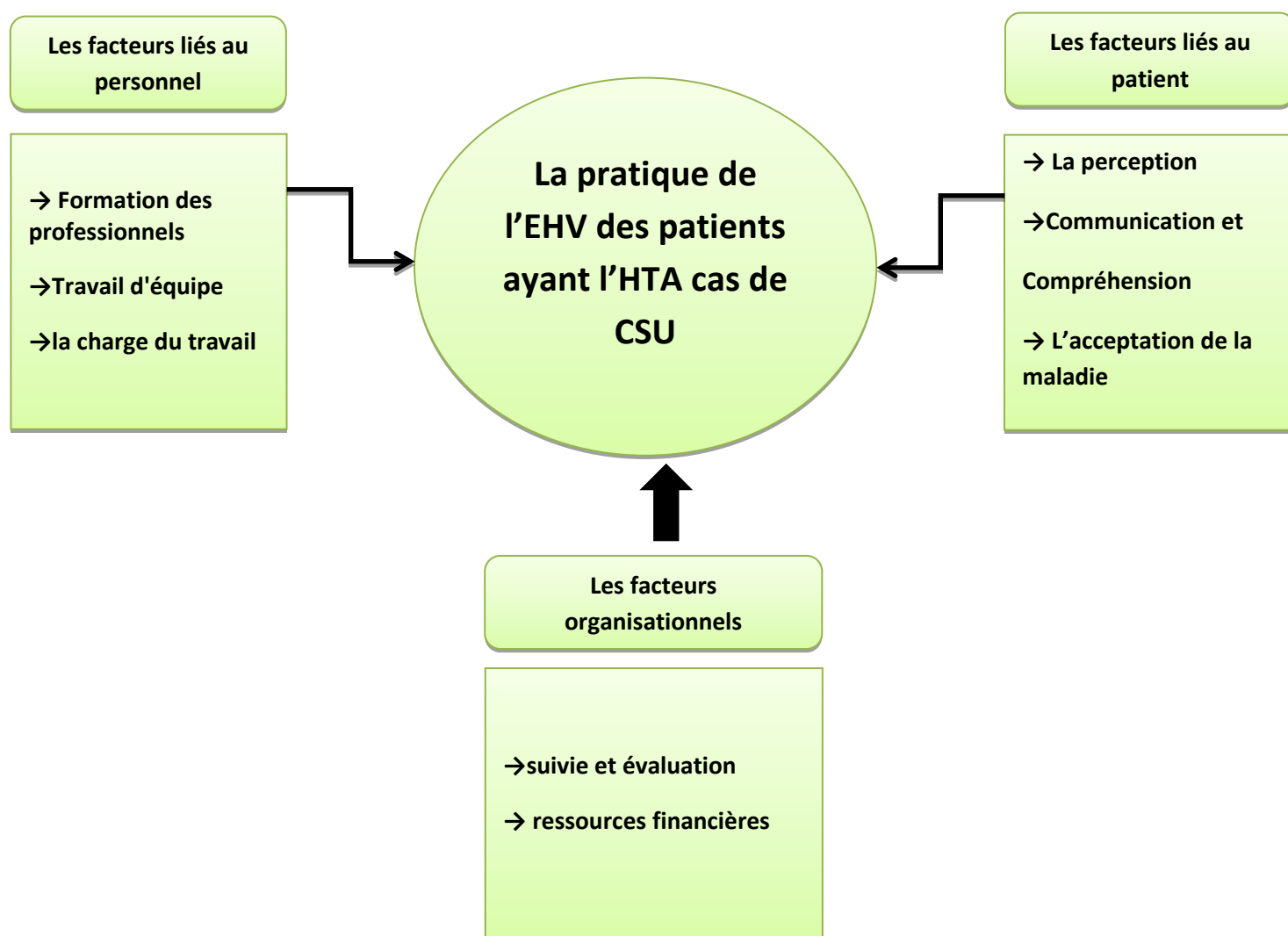
coopèrent pas avec les autres soignants. On rencontre souvent une certaine réticence au travail d'équipe (OMS ,1998); c) L'EHV prend du temps, or le temps des soignants est limité. Toute réflexion visant promouvoir la place justifiée de l'éducation dans l'organisation des soins doit passer par une réflexion de fond sur le temps médical. C'est à dire l'enjeu de sa valorisation pour que les soignants, même les plus convaincus de son importance, acceptent d'y consacrer le temps nécessaire (Claude. J, Pierre. C, Gérard .R, Arnaud. B, Eric. B, 2013).

Relativement aux facteurs organisationnels qui affectent la pratique de l'EHV, on peut citer: a) les effets de l'éducation du patient ne sont pas suffisamment connus ou validés. Il est par exemple difficile de prouver la diminution attendue des dépenses en soins. Il n'existe pas de critères établis qui permettent de mesurer la qualité de l'éducation du patient. La difficulté de garantir une évaluation valide est liée au manque de personnel enseignant compétent à la fois en évaluation pédagogique et sanitaire; b) Il existe un réel manque de ressources. Pour commencer les employeurs des soignants ne mettent généralement pas facilement des ressources à leur disposition. Par ailleurs, les soignants n'ont pas suffisamment d'expérience en gestion pour assurer une utilisation efficace des ressources financières. Tous les professionnels de la santé ont en commun ce manque de compétence en gestion, qui ne fait pas partie de leur formation de base. De plus, dans la mesure où " le temps, c'est de l'argent ", le manque de temps professionnel réservé à la formation et à l'éducation représente un autre obstacle (OMS, 1998).

CADRE DE REFERENCE:

À partir de la recension des écrits et plus précisément la partie consacrée aux facteurs liés à la pratique de l'EHV nous permet de présenter le cadre conceptuel de référence.

Cadre conceptuel des facteurs liés à la pratique de l'EHV chez les patients ayant l'HTA au niveau des CSU Amhairich, Rjafellah et Tayert à Guelmim.



LE BUT DE L'ETUDE :

Décrire les facteurs influençant la pratique de l'éducation en matière de l'hygiène de vie chez les patients ayant l'HTA au niveau des CSU Amhairich, Rjafelah et Tayert à Guelmim.

QUESTION DE RECHERCHE :

A partir du but de l'étude, la question de recherche est :

Quels sont les facteurs influençant La pratique de l'éducation en matière de l'hygiène de vie chez les patients ayant l'HTA?

Partie II :
LA PHASE METHODOLOGIQUE

DEFINITIONS OPERATIONNELLES DES CONCEPTS:

La perception: désigne les représentations, ou conceptions de la maladie, la connaissance antérieure, ou l'idée que se fait un patient de tel ou tel point concernant sa santé ou son traitement (Lemozy. S, 2008).

L'acceptation de la maladie : pour cette étude on désigne par l'acceptation de la maladie la capacité du patient de vivre en symbiose avec cette maladie et de contrôler les complications liées à sa maladie.

La communication et la compréhension des messages: pour cette étude, est la capacité du patient de créer un climat d'échange et de partage avec le personnel soignant via le déchiffrement des messages transmis par ce dernier.

Formation des professionnels: d'après les membres du groupe, est l'ensemble des ressources mis à la disposition des professionnels de santé pour mettre à jour leurs connaissances et enrichir leurs compétences en matière d'animation et la gestion des séances éducatives.

Travail d'équipe: la participation des différents intervenants (personnels infirmiers et médecins exerçants au niveau des CSU concernés par l'étude) à la transmission des messages éducatifs.

La charge du travail: On parle de surcharge quantitative, un degré élevé de vigilance qui doit être maintenu pendant des périodes assez longues ou des informations à traiter qui se succèdent à un rythme rapide. On parle également de surcharge qualitative si la tâche est difficile et exige un niveau élevé de qualification (Ferreri et Legeron, 2002). Pour la présente étude, la charge du travail c'est quand le paquet de soins nécessité par l'état de santé du patient dépasse les ressources (humaines, matérielles et temporelles) disponibles au niveau des CSU (Aboukham. S, Essahibi. N et Iazza. L, 2014).

Suivi et évaluation: dans notre contexte le suivi et l'évaluation désigne les moyens misent en place pour examiner l'impact et les résultats dus aux séances éducatives sur la santé des patients concernés.

Les ressources financières: pour la présente étude sont l'ensemble des dépenses fournies par MS afin de créer les infrastructures nécessaires et former un personnel qualifié et compétent en matière de l'éducation.

DEVIS DE RECHERCHE:

Toute recherche scientifique nécessite un travail méthodique organisé basé sur un plan pré structuré. Ce chapitre illustre l'ensemble des étapes et les méthodes suivies pour l'élaboration de ce projet durant les différentes parties de la recherche ainsi qu'il permet au lecteur d'avoir une idée générale sur les outils adoptés par le groupe des chercheurs afin de réaliser un travail dans les normes scientifiques.

1- Type d'étude :

En répondant au but et à la question de la recherche les réalisateurs ont adopté la méthode mixte ; cette dernière comporte deux volets d'un part quantitative ce type d'étude appartient du paradigme positiviste qui repose sur la vérité absolue, unique et mesurable il y a un raisonnement déductif vis à expliquer et prédire un phénomène par la mesure des variables, ainsi qu'établir une relation cause à effet entre les variables. D'autre part il y a un volet qualitatif qui appartient du paradigme naturaliste qui se caractérise par un raisonnement inductif et une description subjective et se déroule dans le milieu naturel des participants.

D'après cette approche les réalisateurs essayent de dévoiler les facteurs influençant la pratique de l'EHV chez les patients ayant l'HTA.

2- Lieu de l'étude :

Pour le lieu choisi est le réseau de soins de santé de base du milieu urbain de la délégation de Guelmim précisément les CSU Amhairich, Rajafllah et Tayert, ce choix est arrivé suite à un ensemble des raisons tels que la plus part des hypertendus sont suivis au niveau de ces centres car 1,6% de la population appartenant aux CSU concernés dépisté comme hypertendus au cours des années 2015/ 2016 et 2017 ainsi que ces trois centres ont des structures et le personnel de la PEC des maladies chroniques y compris l'HTA plus de ça ces sites sont les plus accessibles pour les étudiants chercheurs.

3- Population à l'étude :

Pour la population cible par cette étude est divisée en deux parties la première est consacré au personnel soignant exerçant au niveau des CSU concernés (population A) et la deuxième est pour les patients ayant l'HTA qui sont suivis dans ces centres (population B).

4- Méthode d'échantillonnage :

Lorsque on effectue une étude qui s'intéresse à une population mère dont on va généralement interroger un sous-groupe, c'est l'échantillon dont il faut déterminer la taille soigneusement vu son importance dans la précision des estimations réalisées sur les caractéristiques de la population totale ainsi que pour obtenir le plus possible un taux de confiance réduit et une marge d'erreur suffisante (CMS-SPIP, 2017).

Pour cette étude qui se compose de deux populations cibles, le groupe a choisi deux échantillons, le premier comprend le personnel médical et le personnel infirmier exerçant dans les CSU concernés, plus précisément le personnel responsable de la cellule des MC et celle de SMI/PF, c'est l'échantillonnage probabiliste aléatoire simple. Pour le deuxième échantillon les membres du groupe adoptent comme méthode d'échantillonnage, l'échantillonnage non probabiliste accidentel, cette méthode est choisi en raison que les réalisateurs de ce travail interrogent accidentellement les patients qui se présentent à la cellule des MC.

Pour plus préciser la population cible, nous avons fixé les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critère d'inclusion :

La population A, le personnel médical et le personnel infirmier exerçant dans la cellule des maladies chroniques et la cellule de SMI/PF au niveau des CSU Amhairich, Rjaflah et Tayert et qu'ils présentent au cours de la durée d'étude, ces derniers sont au nombre de 12 (N = 12). Concernent la population B, il est inclus

dans l'étude tous les patients ayant l'HTA associé ou non à d'autres complications et qui sont suivis au niveau des CSU au cours de la période de collecte des données.

Critère d'exclusion :

Pour la population A, il est exclu de l'étude le personnel qui a refusé la participation à l'étude et ce qui sont absent au cours de la collecte des données. Pour la population B, les patients qui refusent la contribution à l'étude ainsi que les patients perdu de vue.

5- Méthodes de collecte des données :

En ce qui concerne le choix des méthodes de collecte des données qui dépend du type de recherche et de variable, les relations qui existent entre les variables, les instruments disponibles. En effet, les outils qui ont concrètement utilisée pour la collecte et qui peut être approprié à la nature de la recherche sont le questionnaire et l'entrevue :

▪ *Questionnaire :*

C'est un moyen de recueil des informations d'une façon méthodique et qui est le plus utilisé par les chercheurs car il est rapide et peu coûteux ainsi que sa nature impersonnelle qu'assure une constance d'un questionnaire à l'autre, l'anonymat des réponses qui permet aux participants à s'exprimer librement durant le remplissage des questionnaires sans influence, ce qui peut donner des résultats fiables et valides (Voir annexe N° 2).

▪ *Entretien:*

C'est une méthode par laquelle le chercheur tente d'obtenir des informations, auprès de personnes ayant été le plus souvent témoins ou acteurs d'événements sur lesquels porte la recherche (Mace. G et Petry. F, 2004). Cette méthode a pour but de clarifier le sujet de l'étude, de mieux comprendre et saisir le pourquoi des comportements des interviewés ainsi que les réflexions et les suggestions de ces derniers.

Les entretiens dans la présente étude sont réalisées auprès des patients ayant l'HTA, afin de dégager et d'analyser les facteurs liés à la pratique de l'EHV (voir annexe N°3).

6- Déroulement de collecte des données :

Le recueil des données est étalé sur 30 jours, on utilisant le questionnaire qui est pré testé afin de garantir sa faisabilité. Après l'avoir corriger et rectifier le questionnaire est distribué aux personnels qui font partie de l'échantillon. Et l'entretien basé sur une grille validée et pré tester.

7- Méthode d'analyse des données :

Pour le traitement des données recueillies elles sont présentées par des tableaux et des graphiques selon le besoin, accompagnées de commentaires explicatifs. Les données collectées sont analysées à l'aide des méthodes de statistique descriptive et traitées par l'utilisation du logiciel Microsoft office Excel.

Les données qualitatives sont traitées on se basant sur l'analyse linguistique de verbatim qui consiste à la transmission fidèle des réponses des interviews.

8- Considérations éthiques :

Avant d'entamer le recueil des données une autorisation d'accès à l'information est accordée par l'administration de l'ISPITS de Guelmim. Afin que la collecte des données passe dans de bonnes conditions et les réponses des participants soient fiables et honnêtes le groupe de recherche a respecté un ensemble des principes éthiques ; ils essayent de garantir le consentement libre et éclairé des participants, en leur expliquant l'intérêt de l'étude ainsi qu'ils ont tout le droit à la confidentialité, l'anonymat et à l'autodétermination, les participants peuvent en tout moment changer leur décision de faire partie de l'étude ainsi qu'ils peuvent en tout temps modifier ou retirer leurs réponses, l'accord des participants doit précéder l'enregistrement audio-visuel des réponses.

Partie III :

LA PHASE EMPIRIQUE

PRESENTATION DES RESULTATS :

Dans ce chapitre, les membres du groupe présentent les résultats des données recueillies auprès des participants afin de répondre à la question de recherche. La présentation des résultats dépend des instruments utilisés au cours de la collecte des données.

Les résultats recueillis par les entrevues:

Les caractéristiques de la population :

Les membres du groupe de recherche effectuent des entrevues jusqu'à saturation des données. Les réponses des participants commencent à se répéter à partir 26^{eme} entrevues. Les informations générales des participants aux entrevues sont illustrées par le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : les caractéristiques des participants aux entrevues :

les caractéristiques des participants aux entrevues		
<u>Le genre:</u>		
Masculin : 34.61%		Féminin : 65.39%
<u>L'âge:</u>		
[30-45 [: 23.08% ;	[45-60 [: 61.54%;	60 et plus : 15.38%
<u>L'état matrimonial:</u>		
-Célibataire : 03.85% ;	- Marié (e) : 69.23% ;	- Divorcé (e) : 15.38% ;
- veuf (Ve) : 11.54%		
<u>Le niveau d'instruction :</u>		
-Analphabète : 65.38% ;	- Primaire : 23.07% ;	- Secondaire: 07.7% ;
-Universitaire : 3.85%		

Source : les données de l'entrevue

Cet échantillon se caractérise par une prédominance du sexe féminine qui présente 65.39% des interviewés, alors que le sexe masculin ne présente que 34.61%. Concernant la répartition selon la tranche d'âge entre 30 et 44 ans présente 23.08%; entre 45 et 59 ans c'est la tranche d'âge la plus dominante présente 61.54%; pour 60 ans et plus présente que 15.38%.Concernant l'état matrimonial des participants, les célibataires représentent 3.85% de l'ensemble des interviewés, les mariés 69.23%, les divorcés 15.38% et pour les veuf (vs)

représentent 11.45%.Quant au niveau d'instruction, 65.38% des participants sont des alphabètes alors que 23.07% ont un niveau primaire et 07.7% ont un niveau secondaire concernant les participants ayant un niveau universitaire présentent 3.85%.

Concernant les facteurs liés aux patients, les résultats sont présentés facteur par facteur.

▪ ***La perception des patients :***

La majorité des interviewés soit 69.23% interprètent l'HTA comme une MC causée par des facteurs liés au mode de vie « Cette MC, survienne suite à l'alimentation non équilibré...»(E n° 15), « l'HTA apparaitre chez les personnes qui vivent dans un environnement où il y a les conflits...» (E n° 07), certains d'entre eux déclarent «cette maladie est liée au stress...» (E n°02). Un participant affirme que « l'HTA survienne suite à la consommation excessive du café et de l'alcool...» (E n°09).

Au cours des entretiens, huit sujets expriment que l'HTA est considéré comme menace pour eux « c'est la cause d'autres complications lourdes tels que les néphropathies, la cécité, la paralysie ...» (E n°01 ; 05; 06; 09; 11; 17; 20 et E n°25).

En ce qui concerne la perception des patients à propos l'HTA et l'hygiène de vie, 21 participants confirment que l'adoption d'un mode de vie sain peut influencer positivement et avoir un impact directe sur la régulation de la PA « le mode de vie sain est un complément du traitement...il permette le contrôle de la maladie et donc la prévention des complications...» (E n°04), «... sans l'hygiène de vie le traitement ne peut pas être efficace...» (E n°21), trois participants affirment qu'ils n'ont pas d'information « Emme je ne sais pas... Mais peut être ...» (E n°12 et 22), alors que deux participants disent que l'hygiène de vie n'a pas d'importance «Le traitement est la seule solution pour garantir une bonne régulation de la PA ...» (E n°05), «Non car avant de commencer le traitement j'ai adopté le régime hyposodé mais il n'était pas efficace...» (E n°01).

▪ ***La communication et la compréhension des messages :***

Pour ce facteur est divisé en deux parties l'un est concernant la compréhension des messages éducatifs et l'autre concerne le temps donner pour exprimer les craintes et

l'interaction entre le personnel et le patient dans le cadre de la communication. 100% des participants n'ont pas aucun problème pour déchiffrer et comprendre les messages éducatifs, 87.36% des patients disent que le personnel leur donne le temps pour exprimer leurs craintes et interagir avec eux « oui, lorsque je pose des questions il me répond clairement sur mes questions... » (E n°24), « chaque fois que j'arrive au centre je pose des questions, l'infirmier me répond sans aucun problème... » (E n°26), alors que le reste 12.64% affirment que le personnel se limite seulement par la distribution des médicaments. « L'infirmier se limite par me donner le traitement pas plus... » (E n°02), « toujours je trouve beaucoup de patient pour cela l'infirmier ne me donne pas assez de temps pour poser des questions ... » (E n°05).

▪ ***L'acceptation de la maladie:***

Ce facteur a pour but de découvrir est ce que les patients acceptent leurs maladie et est ce qu'ils ont le temps pour participer aux séances éducatives organisées au sein d'un centre de santé ou non? Alors 32.45% des patients ayant l'HTA ne le considèrent pas comme une maladie or c'est un symptôme ou une complication causée par d'autres maladies « l'HTA ce n'est pas une maladie on elle-même mais c'est une complication que j'ai attrapé suite à ma névropathie... » (E n° 26), « je suis atteint du diabète et après trois ans de traitement j'ai attrapé l'HTA... » (E n° 2, E n° 17), pour ceux qu'ils la considèrent comme maladie 67.55% trouvent que l'adaptation avec la maladie est très difficile « le fait de penser aux complications de l'HTA c'est horrible... » (E n° 25), « Pour vivre en paix avec cette maladie il faut le respect rigoureux d'un ensemble de mesure surtout celle qu'est en relation avec le régime alimentaire hyposodé cela est trop difficile... » (E n° 18). Malgré la non acceptation de la maladie 100% des participants affirment qu'ils ont le temps pour participer à ces séances « oui avec plaisir... » (E n°04), « oui bien sûre, même si je n'ai pas de temps je peux consacrer du temps pour y participer... » (E n°01), « pourquoi pas puisque ces séances sont organisés pour notre intérêt... » (E n°08).

Présentation des résultats recueillis par le questionnaire:

En plus des facteurs cités dans les résultats qualitatifs, le groupe présente d'autres facteurs liés à la pratique de l'EHV des patients ayant l'HTA au niveau des CS concernés et qui sont explorés par ce questionnaire, les informations générales relatives aux participants à l'étude et qui sont illustrées par le tableau en ci-dessous :

Les caractéristiques de la population.

Tableau 2 : les caractéristiques des participants au questionnaire

les caractéristiques des participants au questionnaire	
<u>Le genre:</u>	
Masculin : 33.33%	Féminin : 66.67%
<u>L'âge:</u>	
[20-35 [: 41.67% ;	[35-50 [: 25%;
	50 et plus : 33.33%
<u>Le profil:</u>	
Infirmier : 75%	Médecin : 25%
<u>La formation de base:</u>	
- IDE : 58.33% ; - Infirmier auxiliaire : 8.33% ; - infirmier breveté : 8.33% ;	
- La médecine : 25%	
<u>L'ancienneté dans la profession:</u>	
[02-10 [: 16.67% ; [10-20 [: 50%; [20-30 [: 25% ; +30 ans : 8.33%	
<u>Le poste occupé:</u>	
-Médecin chef : 03 -Infirmier chef : 02 -Responsable de la cellule des MC : 03	
-Responsables des cellules de santé maternelle et infantile : 04	

Source : les données du questionnaire

D'après les données de ce tableau, il est constaté en premier lieu une prédominance du sexe féminine avec un pourcentage de 66.66% de la population totale par contre le sexe masculin qui présente seulement 33.33%. Concernant la répartition des participants selon la tranche d'âge, il ressort de tableau que la tranche d'âge de 20 à 35 ans représente 41.67% des personnels questionnés, tandis que celle de 35 à 50 ans et celle de plus de 50 ans représentent respectivement 25% et 33.33%.

Dans cet échantillon, le pourcentage des infirmiers représentent trois quart des interviewés dont 58.33% parmi eux sont des infirmiers diplômés d'état, 8.33% sont des infirmiers auxiliaires et 8.33% sont des infirmiers brevetés, donc le corps infirmier représente la majorité de l'échantillon. Alors que les médecins présentent le quart qui reste.

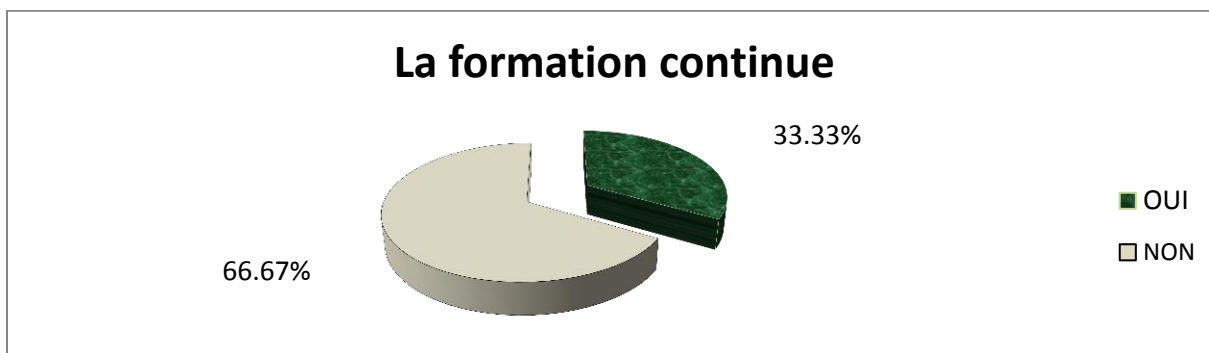
Quant à l'ancienneté dans la profession, 50% des participants ont une ancienneté de 10 à 19 ans, alors que les années d'ancienneté de l'autre moitié allant de deux ans à neuf ans avec un pourcentage de 16.67%, 25% de 20 à 30 ans et 8.33% pour plus de 30 ans d'ancienneté. Également en ce qui concerne le poste occupé, pour les trois médecins interviewés chacun parmi eux occupe le poste du médecin chef. Pour les infirmiers, deux infirmiers occupent le poste d'infirmier major, trois sont responsables de la cellule des MC et quatre sont responsables de la cellule de santé maternelle et infantile.

Facteurs liés au personnel soignant :

▪ *La formation des professionnels :*

Question 1 : Avez-vous bénéficié de formation continue concernant l'EHV des patients ayant l'HTA ?

Figure 1: La formation continue



Source : les données du questionnaire

D'après ce graphique 66.67% des interviewés affirment qu'ils n'ont pas bénéficié des séances de formation continue concernant l'EHV.

→ Si oui, combien de session ?

Cette question est consacré pour le reste des participants, disant qu'ils ont déjà bénéficié de ces séances de formation présentent 33.33% de la population totale. Donc leurs réponses sont variées entre une session à trois.

▪ ***La charge de travail :***

Question 2 : Avez-vous du temps à consacrer pour mener des séances d'EHV pour les patients ayant l'HTA ?

Figure 2: Temps des soins



Source : les données du questionnaire

A la lumière des résultats de graphique ci-dessus, on déduit que trois quart des personnels questionnés n'ont pas assez du temps afin d'organiser et élaborer des séances éducatives de groupe pour les patients ayant l'HTA, tandis que la totalité des participants dévoilent que le manque du temps de soins à un impact absolument négative sur la pratique de l'EHV.

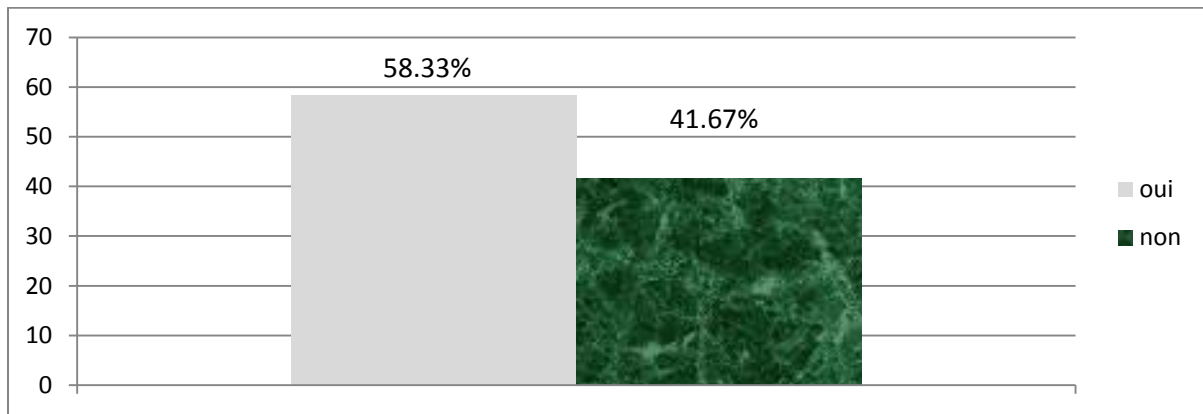
Question 3 : Combien de temps consacrez-vous à l'EHV?

La totalité des participants à l'étude révèlent qu'ils ont fait des séances éducatives individuelles qui durent de deux à cinq minutes.

▪ *Travail d'équipe :*

Question 4 : Est-ce que le personnel des différentes cellules travail en collaboration afin de mener des séances de l'EHV ?

Figure 3: Travail d'équipe



Source : les données du questionnaire

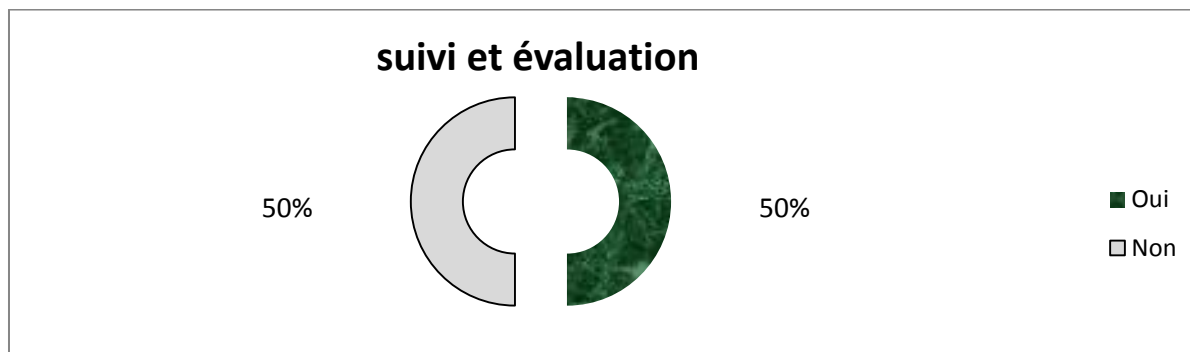
Il ressort de ce graphique que 58.33% des participants révèlent qu'il y a une planification, collaboration et un travail homogène entre le personnel des différentes cellules du centre de santé afin de mener ces séances éducatives de qualité, alors que 41.67% des participants dévoilent le contraire.

Facteurs organisationnels :

▪ *Suivi et évaluation :*

Question 5 : Est-ce que la délégation effectue un suivi et une évaluation de la qualité des séances éducatives?

→ Si oui, est ce qu'il met à votre disposition les outils (grille) pour l'auto évaluation?

Figure 4: Suivi et l'évaluation

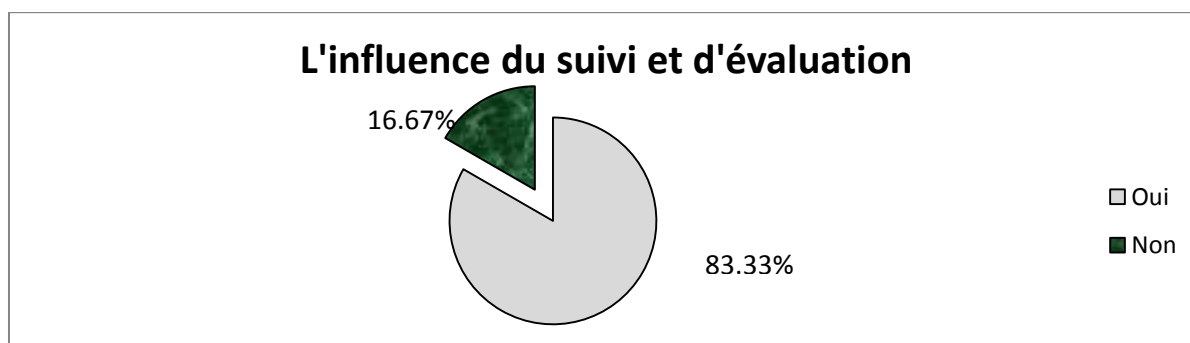
Source : les données du questionnaire

La moitié des participants soit 50% confirment qu'il y a un suivi et une évaluation effectué par la délégation par la mise en place d'un ensemble des outils et des grilles d'évaluation pour assurer une bonne qualité de ces séances éducatives. Alors que l'autre moitié déclare que la délégation ne fait aucun suivi pour ces séances.

Question 6: Est-ce que le suivi et l'évaluation influencent la qualité des séances de l'EHV?

Figure 5: l'influence du suivi et l'évaluation

Il découle des résultats obtenus que 83.33% des participants à l'étude signalent que le suivi et l'évaluation effectués par la délégation peut avoir un impact positif sur la qualité des séances éducatives élaborées. Par contre 16.67% des participants disent que cette évaluation n'a aucune importance.

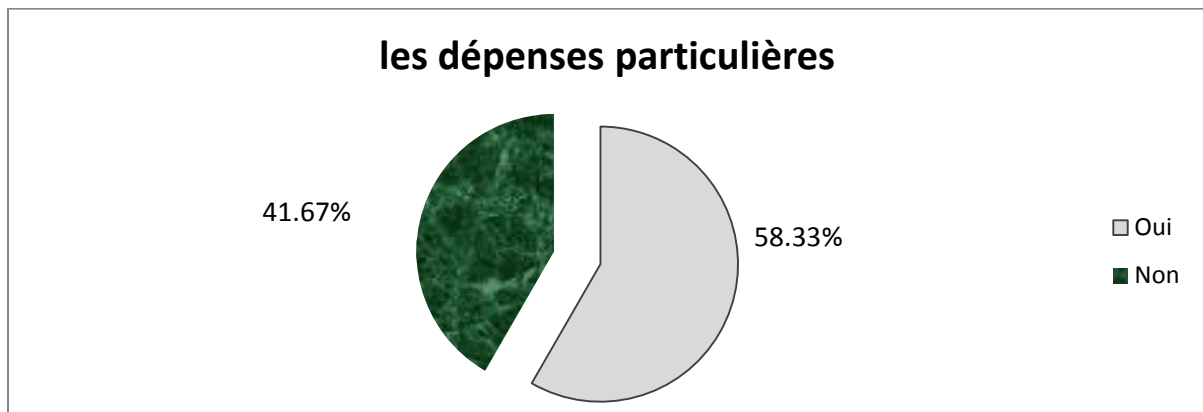


Source : les données du questionnaire

▪ *Les ressources financières :*

Question 7: Est-ce que la réalisation des séances de l'EHV nécessite des dépenses particulières?

Figure 6 : les dépenses particulières



Source : les données du questionnaire

Le graphique en ci-dessus montre que 58.33% des interviewés affirment que l'élaboration des séances éducatives nécessite des dépenses particulières quel que soit le thème de ces séances, alors que 41.67% affirment que la réalisation de ces séances nécessite pas aucune dépens

DISCUSSION DES RESULTATS :

Les résultats des entrevues montrent que la majorité des interviewés ont une perception négative sur l'HTA. Cette perception est liée à la chronicité et les complications lourdes de cette maladie. Ce qui est renforcé par Hubert. C (2016) qui stipule qu'en fonction de la personnalité de chacun, de la gravité de la maladie, de la représentation que l'on s'en fait, la réaction peut être très différente. D'un autre côté 67.55% des participants disent qu'il y a un effet psychologique de la maladie, un concept corroboré par Bourdon (2012) qui montre que le fait de vivre au long cours avec une MC engendre pour les patients une série des conséquences psychologiques et cognitives. Ces conséquences entravent régulièrement l'adhésion du patient son traitement ainsi que l'efficacité des séances éducatives. Dans la même perspective Lacroix. A (nd) montre que la psychologie est souvent négligée dans la PEC des patients atteints d'une MC. C'est pourtant en se fondant sur cette discipline que le soignant va pouvoir accompagner au mieux le patient en prenant en compte son ressenti.

Dans le cadre de la communication et l'interaction entre le patient et le personnel 12.64% affirment que le personnel se limite seulement par la distribution des médicaments et qu'il n'y a pas d'interaction entre eux. En effet l'expansion des MC a mis en évidence l'impossibilité de concevoir et de mettre en œuvre dans l'avenir une réelle politique de santé publique sans impliquer les patients dans le suivi de leur maladie, et sans donner parallèlement aux soignants la possibilité d'être plus à leur écoute et plus disponibles en termes de temps et de compétence éducative (Ardaillou. R, 2013). Alors l'écoute constitue une aide pour le personne soignée dans le sens où elle ouvre un espace de parole et permet au patient d'exprimer sa souffrance, de se décharger (Puaux. E, 2012). Pour cela les soignants devraient apprendre à écouter plutôt que parler, afin d'être en mesure de comprendre comment les patients voient leur maladie et leur traitement, et ce qu'ils en pensent (Aujoulat. I, 2007).

En ce qui concerne l'acceptation de la maladie, 100% des patients ont des problèmes à accepter l'HTA comme une maladie ou bien s'y adapter. Dans ce sens l'école nationale de la santé publique (2004) annonce que l'acceptation de la maladie est la condition de la bonne participation au traitement du patient, du suivi des recommandations des soignants et de la

prise régulière des médicaments. Or, la non-participation entraîne des complications et un surcoût : jusqu'à 0,80% des dépenses totales de soins et biens. En effet face au stress du diagnostic de la maladie (traumatisme), nous perdons notre sécurité de base, nos rapports au monde deviennent fragiles. Les réactions émotionnelles sont normales, variables et multiples. Chacun réagit selon sa personnalité et son contexte de vie (Salamun. I, 2006). Que ce soit à l'annonce de la maladie, au moment d'une évolution de la maladie ou du traitement, la plupart des patients disent éprouver ou avoir éprouvé dans leur vie quotidienne des sentiments d'impuissance ou d'incapacité, qui sont souvent source d'une grande anxiété et d'une grande détresse pour eux (Bruxelles Santé, 2004 cité dans mémoire de Ahdad. H, Elaabed. R, Ouarouche. C).

A travers les résultats du questionnaire, 66.67% des interviewés affirment qu'ils n'ont pas bénéficiés des séances de formation continue concernant l'EHV. Bien que 100% des participants à la présente étude déclarent que la FC est un des piliers fondamentaux de l'EHV chez les patients ayant l'HTA au niveau du centre de santé. C'est dans ce cadre que Guymard a affirmé que pour mettre en place l'EHV, la formation des professionnels de santé est nécessaire. Pour le même auteur déclare que pour mener des séances éducatives efficaces le personnel soignant doit recevoir une formation aux techniques de communication, aux techniques pédagogiques. Guymard (2012), dans le même sens le haut conseil de la santé publique (HCSP) a confirmé dans son rapport en 2009 que l'éducation des patients devient plus facile quand les formations sont mises en place par les réseaux de santé (HCSP, 2009). Alors pour que l'éducation soit réellement intégrée aux soins et diffuse plus largement en dehors des centres spécialisés, la formation devrait être systématisée, harmonisée et trouver un espace d'enseignement suffisant tant dans les formations initiales des professionnels de santé que dans leur formation continue (Ardaillou. R, 2013).

Dans le cadre de cette étude, on trouve que 75% des personnels questionnés n'ont pas du temps pour organiser et élaborer des séances éducatives de groupe pour les patients ayant l'HTA en contrepartie ils se limitent par des séances individuelles qui varie entre 3 et 5 minutes, tandis que l'éducation du patient seul et l'éducation de plusieurs patients en groupe présentent des avantages et des inconvénients respectifs. Ces deux modalités d'organisation s'avèrent très complémentaires et sont à combiner, l'éducation en groupe permette aux

patients un climat d'échange des expériences entre eux, une interaction, confrontations, ainsi que un gain du temps pour le personnel soignant par contre l'éducation individuelle prend beaucoup de temps et présente un grand risque d'emprise du soignant sur le patient (Lemozy. S, 2008). Cette orientation des personnels vers l'éducation individuelle liée au manque du temps de soins, d'après la totalité des participants confirment que le manque du temps a un impact absolument négatif sur la pratique de l'EHV. Ce qu'est mentionnée dans une enquête dans les départements de l'Indre et du Loiret (2007), au cours de cette enquête, 72,56 % des enquêtés soulignent que le manque du temps de soins agit négativement sur l'application de l'éducation des patients. La pénurie du personnel engendre une nouvelle organisation limitant le temps passé avec chaque patient et avec leur famille, ce qui entraîne les professionnels de santé à se centrer sur les actes à poser, induisant une rigidification des comportements telle une réponse stéréotypée entraînant une déshumanisation de la relation (Plotton. R, 2009).

Il ressort de cette étude que 58.33% des participants révèlent qu'il y a une collaboration entre le personnel des différentes cellules du centre de santé dans le but de la mise en place des séances éducatives de qualité, alors que 41.67% des participants expriment le contraire. 33.34% parmi ces derniers signalent que le personnel responsable de chaque cellule du soin ne réalise pas individuellement ces séances de l'EHV. 75% des participants à l'étude annoncent qu'ils n'ont fait pas des discussions de groupe à-propos les dossiers médicaux des patients et leur état de santé, alors que le reste de la population de l'étude disent le contraire, malgré que la totalité des participants soulignent que le travail d'équipe est très important afin de mener des séances éducatives de qualité auprès des patients ayant l'HTA. Le caractère multi professionnel d'une équipe d'éducation est un atout, il permet de renforcer l'efficacité et la cohésion des messages. En diabétologie, la formation du patient concerne toute l'équipe : a) le médecin, b) l'infirmière, c) la diététicienne, d) le pédicure-podologue, et (e) également l'éducateur physique et sportif, le psychologue, l'assistante sociale (Lemozy. S, 2008). Dans le même cadre le HCSP déclare qu'un facteur déterminant de réussite de l'éducation est la possibilité donnée aux professionnels de se former ensemble à l'éducation, de s'organiser, de coordonner leurs activités éducatives, de construire des outils communs. Les maisons pluridisciplinaires constituent ainsi un cadre favorable au développement de l'éducation des patients (HCSP, 2009).

La moitié des participants soit 50% confirment qu'il y a un suivi et une évaluation effectué par la délégation via la mise en place d'un ensemble des outils et des grilles d'évaluation pour assurer une bonne qualité de ces séances éducatives. Alors que l'autre moitié déclare que la délégation ne fait aucun suivi pour ces séances. Sachant que 83.33% des participants à l'étude signalent que le suivi et l'évaluation effectuer par la délégation peut avoir un impact positif sur la qualité des séances éducatives élaborées. Par contre 16.67% des participants disent que cette évaluation n'a aucune importance. Dans le même contexte le suivi et l'évaluation peuvent aider une organisation à tirer les informations pertinentes des activités passées et en cours pour en faire la base d'une réorientation de programme minutieusement réglée et une planification future. En l'absence d'une planification, d'un suivi et d'une évaluation efficaces, il serait impossible de déterminer si les activités suivent la bonne direction et si des progrès et des succès ont été réalisés, pas plus que de savoir comment les efforts à venir pourraient être améliorés (Suazion. I, 2009).

D'après les résultats de l'étude 58.33% des interviewés affirment que l'élaboration des séances éducatives nécessite des dépenses particulières quel que soit le thème de ces séances, alors que 41.67% affirment que la réalisation de ces séances nécessite aucune dépense et la totalité (100%) mentionnent qu'ils ne reçoivent pas des indemnités par le MS pour réaliser ces séances éducatives, ce qui est confirmé par Béatrice Burlet qui a signalé que Le fonctionnement d'un programme nécessite des moyens humains et matériels. Le budget comprend les frais de logistique (locaux par exemple), les documents et outils pédagogiques et la rémunération des médecins, infirmiers et intervenants (Burlet. B, 2012).

DESCRIPTION DES FORCES ET DES LIMITES :

Les forces de l'étude :

Ce travail constitue pour le groupe une nouvelle expérience d'apprentissage qui leur permet la pratique de l'ensemble des connaissances à-propos de la recherche scientifique et enrichir leur capacité de réflexion à travers la collecte, l'analyse et la discussion des résultats, ainsi que ce thème a été traité pour la première fois au niveau des CSU concernés.

Les Limites de L'étude:

Les membres de groupe rencontrent certaines limites durant l'élaboration de cette étude : (a) la durée étroite consacré à l'étude, (b) vu que la période de la collecte des données s'accroît avec le mois du ramadan le nombre des patients ayant l'HTA qui consulte au niveau des CS concernés est inférieure à la normale, (c) Cette étude est réalisée en parallèle avec d'autres activités telles que l'assistance au cours au niveau de l'ISPITS, la période du stage et les examens finaux.

RECOMMANDATIONS:

Ce travail montre à la surface des principaux facteurs liés à la pratique de l'EHV chez les patients ayant l'HTA. L'existence de ces facteurs faire obstacle à la mise en place des séances éducatives. Alors afin d'améliorer la qualité du processus éducatif au niveau des CSU ciblés par cette étude, il est important d'éliminer ou bien réduire le maximum possible ces facteurs.

Pour cette raison les réalisateurs proposent un certain nombre de recommandation basé sur les suggestions des différents participants à la présente étude.

Pour le patient :

- développer les outils de sensibilisation avec des messages structurés et adaptés, en temps suffisant et aux moments adéquats.

Pour le personnel soignant :

- Intégration l'EHV dans le cursus de la formation de base des professionnelles de santé.
- Renforcer la formation continue du personnel en matière de l'EHV.
- Favorisé la motivation du personnel soignant.

Pour les structures de santé :

- Création des cellules pour la PEC des patients ayant l'HTA dotées de matériel pédagogiques et logistiques nécessaire à l'EHV.
- Affectation d'un personnel formé en matière de l'éducation des patients.

Recommandations pour le niveau central :

- Mettre en place un programme d'EHV.
- Assurer le suivi et l'évaluation régulière des activités de l'EHV.
- Encourager la recherche scientifique en matière de l'EHV.
- Crée une discipline qui s'intéresse seulement à l'éducation des patients dans les établissements de formation des professionnels de santé.
- Renforcer les ressources humaines dans les structures de soins.
- La valorisation de l'éducation pour la santé notamment l'EHV.

CONCLUSION :

L'éducation permet au patient d'accéder à une grande autonomie dans la gestion des soins. Cette acquisition de compétences entraîne un changement dans la dynamique de soin et dans la relation soignant/soigné puisque le patient est alors expert. Il devient un réel partenaire de soin. Le rôle infirmier qui a profondément évolué depuis ces dernières décennies, et continue encore d'évoluer, doit désormais prendre en compte les savoirs des patients (Pilardeau. C, 2015).

Dans cette étude les réalisateurs essaient de surligner l'importance de l'EHV du patient ayant l'HTA afin d'assurer une PEC multidisciplinaire adéquate et d'améliorer la qualité de vie de ces patients, aussi leurs garantir une autonomie pour mieux vivre avec leurs maladie et prévenir l'apparition des complications lourdes de l'HTA qui surviennent en absence de contrôle du mode de vie. C'est l'objectif de l'EHV.

Les étudiants chercheurs mis l'accent sur certains facteurs qui handicapent la réalisation de celle-ci.

L'intérêt de cette étude est d'éclaircir et donner une vision générale sur le problème existant au niveau des CSU, le manifester et le détailler pour la mise en place des mesures indispensables pour la réalisation des séances de l'EHV de qualité qui répondent aux attentes des patients et de leurs permettre de contrôler et de gérer leurs maladie d'une manière indépendante.

La présente étude ouvre la porte à d'autre étude, de un pour confirmer ou bien réfuter ces résultats, de deux découvrir d'autres facteurs qui empêchent la bonne pratique de l'EHV chez tout patient atteint d'une maladie chronique.

Les références bibliographiques :

Aboukham. S, Essahibi. N et Iazza. L, (2014). Les facteurs déclenchant la violence à l'encontre du personnel soignant au niveau du service des urgences du centre hospitalier régional de Guelmim.

Ardaillou. R, (2013). L'éducation thérapeutique du patient, une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine.

Aujoulat. I, (2007). l'empowerement des patients atteints de maladie chronique.

Bizzoni-Prévieux et all, (2010), cité dans l'éducation à la santé : vers une démocratie sanitaire, (2011).

Bourdon, B. (2012). Un patient, son diabète, ses représentation : comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement.

Bruxelles Santé. (2004). Représentations de la santé et de la maladie ;

Burlet. B, (2012). L'éducation thérapeutique du patient.

Chamberland.L, (2011). Implantation d'un programme de prévention de l'hypertension artérielle auprès de travailleurs en industrie par une recherche-action.

Clark. J, Coastal Zone Management Handbook, (1995).

Claude. J, Pierre. C, Gérard .R, Arnaud. B, Eric. B, (2013). L'académie nationale de médecine : L'éducation thérapeutique du patient (ETP), une pièce maîtresse pour répondre aux nouveaux besoins de la médecine.

Cloutier. L et Poirier. L (2011). Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle.

CMS-SPIP (2017), <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1641>.

Dermateau. M, (1991).Une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé.

Doumbia.AT, (2006). Apport du régime hygiéno-diététique dans le traitement de l'hypertension artérielle.

Dr Marie. AM, (2013). Santé assistance.

Droit à la santé, accès à la santé et aux soins de santé, Jean. M, (2015).

Ecole national de la santé publique, (2004). Prise en charge de la maladie chronique : quels rôles pour les secteurs professionnels, familiaux et alternatifs.

Golay. A, Lagger. G etGiordan, A. (nd). Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique.

Guymard, Y. (2012). Le patient, l'information et les soins infirmiers. Etude de l'impact de la masse d'informations sur l'adhésion du patient aux soins infirmiers

HAS. (nd). <http://infos-samsah-savs.eklablog.com/cadre-conceptuel-de-l-acces-aux-soins-et-a-la-sante-a127703214>

HAS, nd. Education thérapeutique du patient en 15 questions réponses.

Haut conseil de la santé publique (2009)

<https://www.mataf.net/fr/edu/glossaire/ressources-financieres>

Hubert. C, (2016). Guide parcours de santé des personnes malades chroniques

Jacquat.D, (2010). Education thérapeutique du patient propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne.

Jacques Leplat, https://fr.wikipedia.org/wiki/Charge_de_travail.

L'organisation mondiale de la santé, (2008)

Lacroix, A. (1996). Approche psychologique de l'éducation du patient : obstacles liés aux patients et aux soignants.

Lacroix, Approche psychologique de l'éducation du patient : obstacles liés aux patients et aux soignants, (1996).

Lacroix. A, (nd). Vivre avec une maladie chronique.

Lamine. D,Communication en santé EHESP, (2007).

Lemozy. S, (2008). L'éducation thérapeutique : place dans les maladies chroniques, exemple de diabète.

Leplat, Perspective interdisciplinaire sur le travail et la santé, (2008).

Lisha. L, Institut canadien pour la sécurité des patients, (2011).

Loret-Vanhoutte.E, (2013). Prise en charge nutritionnelle du patient hypertendu.

Mace, G. & Pétry, F. (2000). Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales. Bruxelles : De Boeck Université ; Presses de l'Université Laval.

Mach. F et Vogt. P, (2008). L'importance de l'éducation thérapeutique en cardiologie.

Margot Ph neuf, (2005). Enseigner pour soigner.

Mémoire d'Ahadad.H, Laabd.R et Ouarouch.C, (2015). L'application de l'éducation thérapeutiques des patients diabétiques de type 2 au niveau du centre de santé Tayert à Guelmim

Michelet.V Roussel. R, formation professionnelle continue en France, (2015).

Ministère de la santé, (2013)

Nezha Mounir (2013). http://www.libe.ma/La-prevalence-de-l-hypertension-arterielle-concerne-20-a-30-de-la-population_a38092.html

OMS, comité régional de l'Europe, cinquante-huitième session, Tbilissi (Géorgie), 15-18 septembre 2008.

Pilardeau. C, (2015). La relation soignant/soigné avec un patient expert.

Plotton. R, (2009). Du soin à l'épuisement professionnel.

Postel. N .V et Guillaume. B, (2006). L'hypertension artérielle.

Puaux.E, (2012). Ma nouvelle compagne : la maladie chronique.

Rapport de l'OMS-Europe, Therapeutic Patient Education, (1996).

Réseau multidisciplinaire. (2012). L'accès à l'éducation thérapeutique : cas du Diabète de type 2. Constats, réflexions et recommandations.

Salamun. I, (2006). Comment vivre avec une maladie chronique au quotidien ?

Spiral – Département de Science Politique – Université de Liège, (2011).

Suazion. I, (2009). Guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement.

Sylvie. L, (2008). L'éducation thérapeutique : place dans les maladies chroniques exemple du diabète.

Vallier, V. (2010). L'intégration de la maladie chronique en diabétologie : apport de l'éducation thérapeutique au patient.

Yoann. G, (2012). Etude de l'impact de la masse d'informations sur l'adhésion du patient aux soins infirmiers.

ANNEXES

ANNEXE N°1



Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Direction régionale de la santé à la
Région Guelmim Ouadnoun
Institut supérieur des
professions infirmières et
techniques de santé Guelmim

Enquête préliminaire destinée aux patients ayant l'HTA suivis au niveau des CSU Amhairich, Rjafelah et Tayert.

Cette enquête est élaborée dans le cadre du travail de mémoire des études de cycle de License, section infirmier polyvalent. Le travail de fin d'étude, porte sur le thème : **«La pratique de l'éducation en matière de l'hygiène de vie chez les patients ayant l'HTA, cas des CS Amhairich, Rjafelah et Tayert Guelmim »**. Cette étude a pour but la description de la situation de l'éducation des hypertendus au niveau de ces centres.

Les questions sont les suivantes :

- 1- Est-ce que vous avez déjà bénéficié une séance éducative de groupe ?
- 2- Quel est la démarche suivie par le personnel de santé au cours de votre prise en charge ?

Tous nos remerciements pour votre collaboration.

Bouchra Echarafi et Chaima Elbougha

Etudiantes de S6

Infirmier polyvalent

ANNEXE N°2



Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Direction régionale de la santé à la
Région Guelmim Ouadnoun
Institut supérieur des
professions infirmières et
techniques de santé Guelmim
Annexe Agadir



Questionnaire destiné au personnel soignant exerçant au niveau du CSU Amhairich, Rjafelah et Tayert à Guelmim

Ce questionnaire est élaboré dans le cadre du travail de mémoire des études de cycle de Licence, section infirmier polyvalent. Le travail de fin d'étude, porte sur le thème: « **La pratique de l'éducation en matière de l'hygiène de vie des patients ayant l'HTA, cas des CS Amhairich, Rjafelah et Tayert à Guelmim** ». Cette étude a pour but la description de la situation de l'éducation des patients ayant l'HTA au niveau de ces centres.

Vos réponses seront utilisées fidèlement dans le but de la réalisation du projet de fin d'étude et non pas pour autre objectif, nous allons vous garantir l'objectivité lors de la transmission de vos réponses. L'anonymat est garanti.

N'oubliez pas que vous avez tout le droit de retirer vos réponses à tout moment.

Veuillez cocher la ou les cases (es) qui correspond (ent) à votre (vos) réponse (s) et/ou la rédiger dans l'espace réservé à cet effet.

Merci pour votre collaboration.
Echarafi Bouchra et Elbougha Chaima
Etudiantes de 6^{ème} semestre du cycle de la licence
Infirmiers polyvalents
Ispits.pfe2017@gmail.com

Informations générales :

- Age :ans

- Genre : Masculin ☐

Féminin ☐

- Poste occupé :

- Ancienneté dans la profession/ ans :

[2-10] ☐

[10-20] ☐

[20-30] ☐

+30 ans ☐

- Quel est votre formation de base ?

IDE ☐ infirmier auxiliaire ☐ infirmier breveté ☐ la médecine ☐

1-Avez-vous bénéficié de formation continue concernant l'EHV¹ des patients ayant l'HTA?

Oui ☐

Non ☐

Si oui combien de session ?

.....

2-Avez-vous du temps pour organiser des séances d'EHV pour les patients ayant l'HTA?

Oui ☐

Non ☐

.....

3- Combien de temps vous consacrez à l'EHV ?

.....

4- Est ce que le personnel des différentes cellules travaille en collaboration afin de mener des séances de l'EHV?

Oui ☐

Non ☐

5- Est ce que délégation effectue un suivi et une évaluation de la qualité des séances éducatives?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, est ce qu'il met à votre disposition les outils (grille) pour l'auto évaluation?

Oui ☐

Non ☐

6- Est ce que le suivi et l'évaluation influence la qualité des séances de l'EHV?

Oui ☐

Non ☐

7- Est ce que la réalisation des séances de l'EHV nécessite des dépenses particuliers?

Oui ☐

Non ☐

Suggestion :

¹ Education en matière de l'hygiène de vie

8- Vos suggestions pour améliorer la pratique de l'EHV au niveau du centre de santé ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

ANNEXE N°3



Royaume du Maroc
Ministère de la santé
Direction régionale de la santé à la
Région Guelmim Ouad Noun
ISPITS Guelmim

Entretien destiné aux patients ayant l'HTA suivis au niveau des CSU Amhairich, Rjafelah et Tayert à Guelmim.

Cette grille est élaborée dans le cadre du travail de mémoire des études de cycle de Licence, section infirmier polyvalent. Le travail de fin d'étude, porte sur le thème: « **Facteurs liés à la pratique de l'éducation en matière de l'hygiène de vie des patients ayant l'HTA, cas des CS Amhairich, Rjafelah et Tayert**». Cette étude a pour but la description de la situation de l'éducation des patients ayant l'HTA au niveau de ces centres.

Vos réponses seront utilisées fidèlement dans le but de la réalisation du projet de fin d'étude et non pas pour autre objectif, nous allons vous garantir l'objectivité lors de la transmission de vos réponses et l'anonymat.

N'oubliez pas que vous avez tout le droit de retirer vos réponses à tout moment.

Echarafi Bouchra, Elbougha Chaima
Etudiants de 6^{ème} semestre du cycle de la licence
Infirmiers polyvalents
Ispits.pfe2017@gmail.com

Informations générales :

Age :

Sexe :

Niveau d'instruction :

Situation matrimoniale :

1- Quelles sont vos idées à propos de l'HTA ?

.....
.....

2- Quelles sont vos idées à propos de l'hygiène de vie?

.....
.....

3- Quelles sont les habitudes de vie que vous adaptées pour assurer l'équilibre de TA1 ?

.....
.....

4- Avez-vous déjà bénéficié des séances d'éducation ?

.....
.....

5- Est-ce que ce sont des séances collectives ou individuelles ?

.....
.....

6- Quels sont les messages donnés ?

.....
.....

7- Ets ce que vous pouvez déchiffrer les messages éducatifs ?

.....
.....

¹ Tension artérielle

8- Est-ce que le personnel vous donne le temps pour exprimer vos craintes ?

.....

9- Pensez-vous que l'hygiène de vie influence votre état de santé ?

.....

.....

10- Avez-vous le temps pour participer à des séances d'IEHV ?

.....

➤ Suggestion :

1- Vos suggestions pour améliorer la pratique de l'EHV² au niveau du centre de santé ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

² Education en matière de l'hygiène de vie